

Anmeldung im Weaning Zentrum Lemgo

Per Fax bitte an

☎ 05261 / 26 - 4373

24h-Hotline Tel. 05261 26-3000

Ärztlicher Ansprechpartner:

Hr. T. Edrees Tel. 05261 26 - 6378
 Weaningstation: Tel. 05261 26 - 6385
 Sekretariat: Tel. 05261 26 - 4121

<p>Anmelder Datum: _____</p> <p>Ansprechpartner: _____</p> <p>Anmeldende Klinik: _____</p> <p>Telefon: _____ Fax: _____</p> <p>Station: _____</p>	<p>Patient (ggf. Aufkleber)</p> <p>Vorname/ Name _____</p> <p>Geburtsdatum: _____ Krankenvers.: _____</p> <p>Wohnort: _____</p> <p>Telefon: _____</p>
<p>Angehörige:</p> <p>_____</p> <p>Name / Telefon</p>	<p>Gesetzlicher Betreuer:</p> <p>_____</p> <p>Name / Telefon</p>
<p>Medizinische Aspekte:</p> <p>Grunderkrankung/ relevante Diagnosen: _____</p> <p>_____</p>	
<p>Beatmungsgrund:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Tubus / Größe: _____</p> <p>TK / Größe: _____ <input type="checkbox"/> chir. <input type="checkbox"/> dila.</p> <p>Intubiert / Tracheotomiert am: _____</p>	<p>Beatmungsverlauf:</p> <p>Invasive Beatmung seit: _____</p> <p>gab es Spontanatemversuche (SBT)?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein wie lange? _____ Min.</p> <p><input type="checkbox"/> >3 SBT <input type="checkbox"/> < 3 SBT</p>
<p>Beatmungseinstellung:</p> <p>Modus: _____</p> <p>IPAP: _____ mbar</p> <p>EPAP: _____ mbar</p> <p>AF: _____ / min</p> <p>FiO2/ l/min: _____</p>	<p>Dialyse <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>MRE / Isolation <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>weshalb: _____ Lokalisation: _____</p> <p>Katecholamine: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Medikament: _____</p> <p>Sedierung: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Seit wann: _____ Medikament: _____</p>

<p>Aktuelle Beatmungszeiten:</p> <p>von _____ bis _____ Uhr Modus: _____</p> <p>von _____ bis _____ Uhr Modus: _____</p> <p>von _____ bis _____ Uhr Modus: _____</p>	<p><u>BGA beatmet</u></p> <p>pH: _____</p> <p>pCO2: _____</p> <p>pO2: _____</p> <p>FiO2/ l/min: _____</p> <p>BE: _____</p> <p>HCO3: _____</p>	<p><u>BGA spontan</u></p> <p>pH: _____</p> <p>pCO2: _____</p> <p>pO2: _____</p> <p>FiO2/ l/min: _____</p> <p>BE: _____</p> <p>HCO3: _____</p>
<p>Größe: _____ cm geschätzt: <input type="checkbox"/></p> <p>Gewicht: _____ kg geschätzt: <input type="checkbox"/></p>		
<p>Wach? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Orientiert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>		
<p>Wie weit ist der Patient/die Patientin mobilisiert?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Ernährung:</p> <p>Oral: <input type="checkbox"/> Parenteral: <input type="checkbox"/> Enteral: <input type="checkbox"/></p>	
<p>Wunden: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Art: _____</p> <p>Lokalisation: _____</p>	<p>Sonstiges:</p>	

Wir bedanken uns und verbleiben mit freundlichen Grüßen
 Ihr Weaningzentrum